

EDITORIALE

Nel secondo numero di AIDAI-NEWSLETTER abbiamo il piacere di ospitare contributi di operatori clinici conosciuti a livello nazionale.

Il Dr. Di Pietro sottolinea l'importanza del coinvolgimento degli insegnanti nella gestione del comportamento del bambino disattento/iperattivo, proprio perché la scuola e la famiglia sono le risorse privilegiate per attenuare le difficoltà comportamentale del bambino. Sembra un triste paradosso che proprio le persone che più risentono dei problemi del ragazzino (in termini di pazienza) devono essere proprio quelle che più si devono organizzare per aiutarlo a superare i numerosi ostacoli che lui affronta nella vita di tutti i giorni.

Un'operazione costosa, difficile, ma indispensabile.

Il Dr. Vio si sofferma a riflettere sul problema del riconoscimento del disturbo tra i servizi diagnostici pubblici (le A.S.L.): in moltissimi casi, il disturbo da disattenzione/iperattività non viene riconosciuto come una sindrome specifica, ma come una disorganizzata risposta comportamentale del bambino di fronte al disagio esperito soprattutto in famiglia in cui, secondo alcuni clinici, ci sono troppe regole, e secondo altri non sono proprio presenti.

Segue il racconto di una mamma che ha vissuto esperienze decisamente negative a causa del

non riconoscimento del disturbo da disattenzione/iperattività da parte di insegnanti, direttori didattici, genitori dei compagni del figlio, i quali sono stati solamente in grado di etichettare il bambino come un untore dal quale stare alla larga per non essere contagiati dalla sua esuberanza e dalla sua gioia di vivere.

A seguito di questa lettera, che ci è giunta in redazione, il sottoscritto ha voluto approfondire la riflessione con tutti coloro (soprattutto a scuola) che convivono, a stento, con i bambini disattenti e iperattivi.

Il Dr. Gallucci, poi, riporta agli animi il buon umore con una serie di battute sulle vicende vissute dalle famiglie di bambini con disattenzione e iperattività. Il Dr. Gallucci sta preparando un testo per segnalare le difficoltà dei genitori di bambini iperattivi e per aiutarli a trovare qualche risposta ai loro problemi: un modo simpatico, e sicuramente efficace per denunciare una situazione che necessita un cambiamento.

Infine, sono riportati i commenti emersi durante due incontri scientifici sul tema della disattenzione e iperattività.

Gian Marco Marzocchi

L'INTERVENTO DI CONSULENZA SISTEMATICA AGLI INSEGNANTI DI ALUNNI CON DISTURBO DA DEFICIT D'ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ

Mario Di Pietro

Psicologo e psicoterapeuta, Servizio Età Evolutiva, ASL 17 di Monselice (PD)

Considerando i dati sull'incidenza del disturbo da deficit d'attenzione con iperattività (DDAI) appare evidente che quasi ogni classe, dalla scuola materna alle superiori, potrebbe avere con molta probabilità un alunno con questo tipo di problema.

Data quindi la frequenza del disturbo tra la popolazione infantile nella scuola dell'obbligo, non può che sorprendere la scarsa diffusione nel nostro Paese di efficaci metodi di intervento da attuare all'interno della classe. Gli insegnanti che riescono a mettersi in contatto con gli specialisti delle équipe di neuropsichiatria infantile spesso ricevono da questi qualche fantasiosa interpretazione sui disegni dell'alunno accompagnata da un lapidario commento del tipo "Non ci sono ricette precostituite per risolvere il problema ...".

In realtà il coinvolgimento degli insegnanti fa parte integrante di un percorso terapeutico multimodale per il trattamento del bambino con DDAI. Questo coinvolgimento può essere attuato attraverso una consulenza sistematica che abbia i seguenti obiettivi:

1. Fornire agli insegnanti appositi strumenti di valutazione (questionari e tabelle di osservazione) per completare i dati diagnostici.
2. Informare gli insegnanti sulle caratteristiche del DDAI e sul trattamento che verrà attuato.
3. Mettere in grado gli insegnanti di potenziare le proprie personali risorse emotive e migliorare la relazione con l'alunno.
4. Spiegare come utilizzare specifiche procedure di modificazione del comportamento all'interno della classe.
5. Informare su come strutturare l'ambiente classe in base ai bisogni e alle caratteristiche dell'alunno con DDAI.

6. Suggestire particolari strategie didattiche per facilitare l'apprendimento dell'alunno con DDAI.
7. Spiegare come lavorare, all'interno della classe, per migliorare la relazione tra il bambino con DDAI e i compagni.

La procedura di consulenza sistematica prevede incontri regolari per tutto l'anno scolastico con una frequenza quindicinale per i primi tre mesi e mensile nel periodo successivo. A questi incontri sarebbe auspicabile partecipasse l'intero team di insegnanti per quanto riguarda le scuole elementari e gli insegnanti col maggior numero di ore settimanale per quanto riguarda la scuola media. Già il fornire informazioni dettagliate sulle caratteristiche del disturbo consente all'insegnante di assumere un atteggiamento più costruttivo nel rapportarsi col bambino. Spesso infatti il docente può sentirsi minacciato nella propria immagine e nella propria autostima per le difficoltà che incontra nel contenere il comportamento dell'alunno. Questo può portare ad una progressiva diminuzione della capacità di autocontrollare le proprie reazioni nei confronti del bambino e ad un incremento degli atteggiamenti punitivi. Se poi l'alunno manifesta frequenti comportamenti aggressivi verso i compagni, l'insegnante vivrà uno stato continuo di ansia riguardo alla sicurezza degli altri alunni. È quindi raccomandabile destinare parte dei primi incontri di consulenza al potenziamento delle capacità di autocontrollo emotivo degli insegnanti prima ancora di suggerire loro come far acquisire un maggior autocontrollo al bambino. La parte più importante della consulenza sistematica alla scuola è comunque quella dedicata a far apprendere all'insegnante tecniche di modificazione del comportamento da applicare con l'alunno con DDAI. Le principali di queste tecniche sono:

- monitoraggio
- rinforzo differenziale
- incoraggiamento positivo
- conseguenze logiche
- costo della risposta
- sistema a punti
- time out
- comunicazione scuola-famiglia
- contratto comportamentale.

L'apprendimento di queste procedure richiede uno stretto contatto con lo psicologo ed una sua supervisione frequente, ma se applicate con costanza e precisione le tecniche di modificazione del comportamento non tarderanno a dare i loro frutti ed il tempo impiegato per la loro attuazione risulterà un buon investimento, considerando il risparmio futuro di energie e il miglioramento del clima della classe.

Un'altra area d'intervento da considerare nell'ambito della consulenza scolastica è quella riguardante il rapporto tra il bambino e i compagni di classe. Va tenuto presente che molti alunni con DDAI tendono ad alienarsi la simpatia dei compagni o a causa della loro aggressività o per la loro irruenza e impulsività. Le strategie attuabili dagli insegnanti a questo riguardo si integreranno con il training di addestramento alle abilità sociali che lo psicologo o il neuropsichiatra infantile attueranno nell'ambito della psicoterapia individuale.

Alcuni accorgimenti per aiutare l'alunno con DDAI a migliorare il rapporto coi compagni consistono nel:

- rinforzare gli altri alunni quando includono il bambino con DDAI nelle loro attività;
- programmare attività in cui il bambino con DDAI può dare il suo contributo;
- programmare attività nelle quali la riuscita dipende dalla cooperazione tra gli alunni;
- quando è possibile assegnare al bambino con DDAI incarichi di responsabilità;
- rompere raggruppamenti fissi tra i bambini.

In conclusione, nessun bambino con diagnosi di DDAI "guarirà" nell'arco di qualche mese, ma molti bambini potranno conseguire entro l'anno una significativa riduzione della sintomatologia se sottoposti precocemente a un trattamento multimodale che preveda oltre all'intervento psicoterapeutico sul bambino, la formazione dei genitori e la consulenza sistematica agli insegnanti. Potrà sembrare gravoso per un insegnante cimentarsi nelle complesse strategie psicoeducative menzionate, ma se consideriamo la questione dal punto di vista della professionalità tutto ciò può risultare estremamente arricchente. Del resto pochi insegnanti ormai si riconoscerebbero nel semplice ruolo di dispensatori di co-

noscenze, mentre risulta sempre più riconosciuto e condiviso da molti di essi il compito di favorire uno sviluppo "integrale" del bambino che consideri oltre alla dimensione cognitiva anche quella emotiva e comportamentale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Allyn T. e Rosenbaum M. (1984). *The Behavioral Treatment of Disruption and Hyperactivity in School Settings*, Academic Press, New York.

Di Pietro M. e Galletti M.L. (1992). La psicoterapia cognitivo-comportamentale dell'impulsività in età evolutiva, in AA.VV., *Salute e stile di vita*, Edizioni Erickson Trento.

Di Pietro M. (1995). Disturbo da deficit d'attenzione e iperattività: l'intervento razionale-emotivo, *Difficoltà di apprendimento*, Vol.1, n.1.

Di Pietro M. e Rampazzo L. (1997). *Lo stress dell'insegnante*, Edizioni Erickson, Trento.

Wheldall K. (1987). *The Behaviourist in the Classroom*, Allen & Unwin.

IL PROBLEMA DELLA DIAGNOSI DI DDAI: IL CLINICO E LE UNITÀ OPERATIVE A FAVORE DEL BAMBINO

Claudio Vio

*Psicologo, Unità Operativa NPI, ASL n. 10
di San Donà di Piave (Ve)*

L'attenzione alle problematiche dei bambini con problemi di attenzione e iperattività (DDAI) sta aumentando sia da parte dei genitori, che si interrogano sulla possibilità di riuscire ad educare il loro figlio ad un maggior autocontrollo, sia da parte degli insegnanti che vedono alunni incapaci di mantenere un adeguato orientamento al compito, spesso in movimento, distratti da qualsiasi rumore accidentale prodotto all'interno o all'esterno della classe.

Le richieste di consulenza per questi problemi sembrano in aumento soprattutto per bambini in età scolare; al contrario, manca ancora "attenzione" a queste problematiche quando il bambino frequenta la scuola materna (una diagnosi precoce).

Infatti, quando il bambino ha quattro o cinque anni di età, i comportamenti di instabilità vengono spesso considerati come aspetti di vivacità intellettuale, di curiosità rispetto all'ambiente, una sorta di desiderio di imparare sempre cose nuove. Il bambino viene descritto come intelligente, affettuoso, sensibile, ecc. Anche se usa per poco tempo le cose nuove che riceve, sembra non avere mai tempo per soffermarsi su qualcosa in particolare, non avere un giocattolo in particolare che predilige. I genitori sperano che il proprio figlio possa con la crescita essere in grado di modificare il comportamento dirompente, l'instabilità, la difficoltà nel procrastinare un proprio desiderio.

M. di 4 anni e mezzo, è arrivato all'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile (S. Donà di Piave - Venezia) accompagnato dai genitori ma solo dopo una spinta determinante da parte delle insegnanti di scuola materna.

Alla prima visita, M. appare subito un bambino socievole, in grado di staccarsi facilmente (forse troppo?) dai suoi genitori che lascia fuori della stanza di osservazione. È interessato a tut-

to ciò che vede; "quanti giocattoli" è la prima cosa che dice. Li prende tutti ad uno ad uno, senza tuttavia soffermarsi su uno in particolare, li osserva e li dispone sul tappeto. Quando il tappeto non ha più posto, M. si alza, si guarda in giro e chiede di poter prendere gli oggetti che vede sopra il tavolo e sopra gli schedari che ci sono nella stanza. Ad un primo invito a ritornare agli oggetti che ci sono sul tappeto, si mette per un momento tranquillo, osserva i giocattoli sul tappeto ancora più frettolosamente di quanto ha fatto la prima volta, e, di nuovo, chiede cose nuove. Accetta compiti strutturati ma solo in presenza di un adulto che lo invita continuamente a prestare attenzione al compito: in questo modo, è possibile verificare che la comprensione linguistica è adeguata per l'età, il livello di organizzazione intellettuale pure, mentre le competenze prassico visuo-costruttive risultano essere molto inadeguate; in particolare, manca un'analisi del modello e la capacità di modificare la pianificazione di un movimento (es. se faccio copiare un segno da sinistra a destra e subito dopo un segno che parte dall'alto e va verso il basso, il bambino ripete nuovamente il primo segno, e non perché non sia capace di eseguire un segno dall'alto al basso, ma perché non sembra in grado di inibire la prima risposta per pianificarne una nuova); prove di pianificazione specifiche non possono essere somministrate per l'evidente difficoltà del bambino nel comprendere la natura del compito.

Prima di andar via, M. chiede di portarsi a casa qualcosa; gli rispondo che non è possibile, allora, furtivamente prende delle piccole automobili che mette in tasca; i genitori faranno fatica a farsele restituire.

Il comportamento del bambino a casa sembra caratterizzato da problemi inerenti al rispetto di regole (es. interviene sempre quando gli adulti parlano, non è capace di aspettare un momento quando deve fare qualcosa, sembra non ascoltare quando viene chiamato, ecc.). La descrizione dei genitori di M. da una parte sembra tradire un po' di stanchezza nel dover continuamente intervenire sul bambino per farsi ascoltare, dall'altra fanno osservare la capacità che il bambino ha nell'intuire le cose, nell'essere curioso, nel dimostrarsi affettuoso.

Si tratta di un bambino con tratti DDAI?

Rispetto alle problematiche del bambino iperattivo e/o disattento, si incontra una generale diffidenza e molta cautela nel porre la diagnosi, soprattutto nel periodo prescolare. Questo atteggiamento può trovare giustificazione nel fatto che in alcuni casi i sintomi del bambino con DDAI possono essere indicativi anche di altre patologie, oppure nel fatto che in Italia esiste una sorta di resistenza all'utilizzo dei Manuali Diagnostici Internazionali (ICD-10 o DSM IV). Forse i motivi che spingono i clinici dello sviluppo ad essere particolarmente prudenti nell'utilizzare una diagnosi di DDAI possono essere individuati nelle descrizioni che possiamo ritrovare nei manuali di Psichiatria del bambino utilizzati per la formazione di Psicologi e di Neuropsichiatri. Tra questi, il manuale di Ajuriaguerra (1981) parla di "instabilità psicomotoria" (termine introdotto dalla scuola francese) o di "sindrome ipercinetica" (termine utilizzato dagli autori di lingua inglese). Si tratterebbe di un disturbo caratterizzato da disordine nel comportamento motorio (es. alterazione del coordinamento, iperattività, scariche motorie incontrollate), da turbe dell'attenzione e da turbe percettive, da difficoltà di apprendimento scolastico, dall'incapacità nel controllo degli impulsi, da alterazione delle relazioni interpersonali, da turbe affettive (es. disforia, aggressività). Come si può osservare, la descrizione del disturbo tiene in considerazione sia problemi psicomotori (che fanno pensare a qualcosa di neurologico, talvolta descritti in letteratura come "Disfunzioni Cerebrali Minime") e sia problemi affettivo-relazionali (in parte legati all'ambiente, in parte alle particolari caratteristiche psicologiche del bambino). Sempre in quegli anni, nell'opinione di molti ricercatori il problema dell'iperattività nella gran parte dei casi studiati può attenuarsi tra gli 11 e 13 anni, per scomparire definitivamente con l'adolescenza.

Pertanto, ciò che viene consigliato al clinico è un'attenzione alle problematiche psicologiche associate al disordine ipercinetico. Recenti ricerche epidemiologiche sembrano evidenziare che il Disturbo non diminuisce con l'età, infatti

viene indicato anche durante la scuola media inferiore la presenza di un 8% di ragazzi con problemi di iperattività e di attenzione; non solo, la percentuale di insuccesso al trattamento del disturbo sembra elevata; elevata appare la comorbidità con altri disturbi.

Negli ultimi quindici/vent'anni, sono state proposte diverse ipotesi sulla natura del disturbo (almeno quattro) e dal punto di vista clinico sono stati predisposti alcuni strumenti di diagnosi, validi sul piano psicometrico, in grado di indagare il funzionamento di alcune competenze disorganizzate e/o compromesse in soggetti con questo problema, così come di questionari, a cura dei genitori e di insegnanti, attenti all'adattamento del bambino nel proprio ambiente in grado di fornire una prima generale indicazione della presenza di comportamenti che orientano una diagnosi di DDAI.

Questa procedura diagnostica consente di individuare anche alcune differenti caratteristiche attraverso le quali il Disturbo si manifesta.

Il DSM-IV, ha cominciato a tenere conto di variabili psicologiche e comportamentali nella definizione del Disturbo, prevedendone almeno tre sottotipi (prevalentemente disattento, prevalentemente iperattivo, tipo misto).

Ma la domanda che spesso il clinico si pone quando deve formulare una diagnosi con un bambino di cinque o sei anni è relativa al tipo di evoluzione che questo Disturbo può comportare.

Come sarà a 18 anni un bambino con DDAI?

Per rispondere a questa domanda sembra necessario verificare eventuali comorbidità del Disturbo con altri deficit (sia sul piano del comportamento che su quello dell'apprendimento).

Tra gli esiti del Disturbo, più accertati dalla ricerca, troviamo i Disordini della condotta (disturbo sociopatico). Ma poco ancora si conosce di bambini con DDAI accompagnato da stati d'ansia, da depressione, o da disordini del tono dell'umore. Poiché non è previsto a questo età (fino a 18 anni) una diagnosi particolare di Disturbo di Personalità, è logico pensare che il DDAI possa raccogliere attraverso la presenza dei sintomi caratteristici del Disturbo, magari fi-

no a 8 -10 anni, anche di altri problemi che però possono essere definiti meglio con il tempo (14-18 anni di età). Si tratta cioè di quei bambini per i quali il clinico non si sente di escludere che particolari stati d'ansia o disordini emotivi possano essere la causa del DDAI (es. un problema di tipo narcisistico, un disturbo dell'attaccamento, ecc.).

In tutti questi casi è opportuno arrivare ad una descrizione precisa delle caratteristiche psicologiche e comportamentali del bambino (così come suggerito da Ajuriaguerra), perché possono caratterizzarne l'evoluzione e possono consentire una migliore prognosi delle problematiche riscontrate ad un primo accertamento.

LE DISAVVENTURE DI GIULIO

Una mamma

Quando decidemmo di avere un altro figlio, il nostro primogenito Mattia, aveva nove anni, frequentava la quarta elementare, era un bambino di intelligenza vivace, diligente, educato: il figlio che tutti vorrebbero avere.

Era stato Mattia il primo a desiderare un fratellino e noi acconsentimmo perché l'idea ci piaceva. Nacque Giulio, un maschio come desideravamo, tanto carino e somigliante al fratello come una goccia d'acqua. Dalla nascita fino al primo anno di età, Giulio era particolarmente tranquillo, "mangiava e dormiva" come si suol dire, sembrava fin troppo tranquillo!

Io, la sua mamma, insegnante di scuola materna, dopo un periodo d'aspettativa ritornai a scuola quando Giulio aveva nove mesi, così io e il suo papà decidemmo di inserirlo all'asilo nido.

Dimostrò di accettare il nuovo ambiente senza traumi, non piangeva mai, l'unico problema era che mangiava poco, spesso rifiutava qualunque cosa, ma a casa poi cenava regolarmente.

Giulio aveva quindici mesi quando cominciò a camminare con sicurezza e dimostrò di scoprire il movimento e gradirlo in modo notevole. Diventò in breve tempo un ottimo scalatore, un arrampicatore esperto, un corridore olimpionico.

Quando mi recavo all'asilo nido a prenderlo sembrava neppure vedermi, non mi correva incontro con entusiasmo nel vedermi, anzi mi girava le spalle e continuava a giocare. Le prime volte questo atteggiamento mi rendeva un po' triste, ma col tempo pensai che volesse rimanere a giocare più a lungo; d'altronde Mattia frequentava la scuola media e aveva bisogno di me per ripetere la lezione, così ne approfittai anche per non rendere geloso il maggiore... (mi sono sempre posta questo problema: il piccolo ha mille cure da noi, ma il grande non deve sentirsi abbandonato).

Passò così il tempo e Giulio, crescendo, era sempre più vivace. Al momento dell'iscrizione alla scuola materna non mi sembrò giusto portarlo con me, nella mia scuola; mi sembrava potesse approfittare della situazione per disubbi-

re maggiormente, lo iscrivemmo in un'altra scuola.

Sin dai primi giorni si dimostrò subito inadeguato rispetto ai bambini della sua età: faceva la pipì nei pantaloni, voleva essere imboccato, concentrava l'attenzione incurante dei richiami delle insegnanti.

Io e mio marito decidemmo di accompagnarlo presso lo studio di un neuropsichiatra infantile che visitava nella nostra cittadina. Giulio durante la visita si arrampicò sulla scrivania del professore, camminò sulle sue carte, gli sprofondò in braccio, non riusciva a stare fermo un attimo. Egli ci spiegò che il bambino era sanissimo, ma poteva essere definito "iperattivo", non c'era nulla da fare e salutandoci ci augurò "Buona fortuna!"

A quattro anni, consigliati dalle insegnanti della scuola, chiedemmo una visita all'équipe psico-medico-pedagogica della nostra U.S.L. Anche qui stessa risposta: "il bambino è normodotato, anzi forse è la mamma che come insegnante pretende troppo, non c'è nulla da fare".

L'ultimo anno di scuola materna decidemmo di tornare sui nostri passi: forse Giulio aveva bisogno di stare più con la mamma, così lo iscrissi nella scuola dove insegnavo, ma non possedendo la bacchetta magica, non cambiò nulla!

Il problema era l'ingresso alla scuola elementare: Giulio non era pronto a rispettare le regole, le frustrazioni, le competizioni che purtroppo si presentano a scuola.

Decidemmo di recarci all'Ospedale Gaslini di Genova per una visita dal primario di Neuropsichiatria Infantile per accertare la situazione. Il professore eseguì numerose prove con la sua équipe, diagnosticò una immaturità comportamentale, non intellettiva, lo definì ipercinetico e nessuno ci diede indicazioni sul nostro comportamento.

In prima elementare scoppio "il caso".

Giulio non stava fermo nel banco, e nonostante sapesse già leggere e scrivere sotto dettatura, dopo due mesi pareva non volesse più fare nulla, era intollerante ai richiami, sfidava la pazienza di chiunque.

Non era aggressivo né verso se stesso, né verso gli altri, non aveva voglia di ascoltare nessuno, né di prestare attenzione a nulla.

Pareva una classe inadeguata, d'altronde c'erano altri quattro bambini con problematiche simili, così, durante le vacanze natalizie, decidemmo di spostarlo in un'altra scuola.

Nel frattempo ci recammo da una psicologa e, privatamente, iniziammo a farlo seguire con delle sedute di psicoterapia.

Contemporaneamente, noi genitori incontravamo una seconda psicologa che ci aiutava a trovare un comportamento idoneo e ci sosteneva psicologicamente.

Nonostante avessimo spiegato alle insegnanti la situazione di Giulio, il bambino fu emarginato all'interno della classe.

I genitori degli alunni che si trovarono a gennaio con un nuovo elemento di disturbo, protestarono dal direttore, che non sapeva assolutamente gestire la situazione.

In prima elementare, il bambino fu respinto perché giudicato immaturo e su consiglio dell'équipe psico-medico-pedagogica ripeté l'anno con un insegnante di sostegno in deroga.

Abitando in una cittadina di provincia il "tam-tam" dei pettegolezzi seguì Giulio anche l'anno seguente e tutti i genitori dei bambini frequentanti la sua stessa classe erano molto allarmati dalla sua presenza.

In seconda elementare, io e mio marito ritenemmo opportuno avere un incontro straordinario con tutti i genitori della classe per spiegare loro come stavano le cose, quale fosse realmente il problema di Giulio, e come sto raccontando adesso, quale fosse stato il percorso seguito per il bene di Giulio.

Nonostante tutte le insegnanti e il direttore fossero presenti a quell'incontro, nessuno di loro intervenne per chiarire la situazione, per dimostrare comprensione e solidarietà verso la famiglia. Seguirono anni in cui, pur migliorando a livello comportamentale, attento e dell'apprendimento, Giulio veniva sopportato nel gruppo dei compagni, e visto come l'alibi delle insegnanti quando si presentavano delle difficoltà nonché il capro espiatorio di tutti i problemi della classe.

In famiglia il suo miglioramento è stato lento e graduale, dopo quattro anni di psicoterapia la psicologa lo ha congedato, almeno temporaneamente, osservando in lui adeguate relazioni con adulti e coetanei.

La sua labilità attentiva si è ridimensionata, e facendolo seguire da un'insegnante di ripetizione, l'apprendimento risulta tuttora minimamente compromesso.

Ha ancora difficoltà a scrivere a lungo, anche per un mancinismo crociato che gli causa stanchezza maggiore rispetto agli altri bambini.

Durante questi anni abbiamo provato a fare "scaricare" le energie di Giulio in diverse discipline sportive, dal judo al nuoto, ma pur riuscendo nelle varie attività, non riusciva a rispettare certe regole e tutto ciò lo demotivava e lo induceva a interrompere gli allenamenti.

Nella vita di tutti i giorni Giulio, pur essendo considerato un bambino vivacissimo, è amato per la sua simpatia, è estro verso, generoso, ma al tresì impulsivo, chiacchierone, invadente e non considera mai le conseguenze delle proprie azioni. In casa devo prevenire quello che sta per fare affinché non combini guai in quanto si dimostra maldestro e irruente.

Nonostante abbia un'adorazione per il fratello maggiore, che vede come un modello da imitare, ne è terribilmente geloso (come del resto il grande dimostra gelosia nei suoi confronti).

La psicologa dell'équipe scolastica afferma che Giulio manca di autostima, fiducia nelle proprie capacità e autonomia, ma noi genitori ci chiediamo: ma come può un ragazzino di ormai undici anni acquistare stima di sé quando c'è ancora vicino a lui l'insegnante di sostegno che gli scrive i compiti sul diario o che lo accompagna a fare una passeggiata nei corridoi quando è stanco di stare ad ascoltare una... permettetemelo... noiosa insegnante che parla?

E ancora... perché la gente che lo conosce lo giudica molto intelligente, perspicace e intuitivo e contemporaneamente egli non dimostra alcun interesse in alcuna disciplina scolastica? Come conciliare le due cose?

L'anno prossimo Giulio andrà alla scuola media, abbiamo scelto una scuola di un paese vicino dove lui desidera andare; siamo convinti che sia meglio eliminare ogni tipo di relazione fra lui e l'ambiente finora frequentato e siamo decisi a togliere l'insegnante di sostegno.

È importante che Giulio capisca che può fare da solo ed è ora che impari a non fare il bambino piccolo.

Questa testimonianza, in cui forse qualcun altro si riconoscerà, ha anche lo scopo di chiedere un aiuto alla vostra associazione, ai vostri esperti perché ci possano indicare la strada giusta da percorrere per migliorare ancora gli atteggiamenti di Giulio.

Una breve riflessione sulle disavventure di Giulio

Gian Marco Marzocchi

Psicologo (Presidente dell'AIDAI-ONLUS)

La Nostra Famiglia.

Il racconto, molto toccante della mamma di Giulio, mi induce a sviluppare un pensiero: l'importanza delle variabili ambientali nelle manifestazioni dell'iperattività.

Giulio e i suoi genitori ne hanno passate veramente di tutti i colori, per un problema non gravissimo ma che ha avuto una eco in tutta la cittadina dove abitano: Giulio è diventato il bambino pericoloso, da evitare, e qualche volta bersaglio delle sberle delle maestre che certo non hanno brillato per pazienza. Così, attorno alla famiglia di Giulio, si è creato un muro di diffidenza, di paura, di pregiudizi che li ha isolati da tutti gli altri genitori e di conseguenza ha isolato Giulio dai suoi amici.

Giulio è un ragazzo intelligente, intuitivo eppure ha l'insegnante di sostegno, al pari di un alunno che, per maggiori disgrazie, non riesce a fare lo stesso lavoro dei suoi compagni.

Vi pare che Giulio sia un bambino portatore di handicap e che abbia bisogno dell'insegnante di sostegno?

È triste vedere un bambino capace, con le carte in regole per imparare come gli altri, che deve essere accompagnato a passeggiare per i corridoi perché la lezione della maestra non gli interessa. Siamo sicuri che le maestre abbiano fatto uno sforzo per rendere le lezioni più coinvolgenti e interessanti?

Ma il fatto più triste, a mio avviso, è l'incapacità di numerosi colleghi di interagire positivamente con i genitori di Giulio, di dare loro qualche consiglio sulla gestione del comportamento a

casa, farsi carico di incontrare gli insegnanti per cercare di fare capire loro la natura del problema di Giulio e dare loro qualche indicazione per ottimizzare le doti di Giulio. La verità è che anche tra colleghi, ci sono numerosi professionisti che negano l'esistenza dell'iperattività come un disturbo vero e proprio. E nel migliore dei casi quando essi pongono diagnosi di iperattività mancano di preparazione per sapere affrontare questo problema, che sta diventando sempre più diffuso tra la popolazione infantile. In Italia bisogna fare lo sforzo di approfondire, scientificamente e clinicamente, il problema dell'iperattività.

Non è vero che di fronte all'iperattività non si può fare nulla: si può lavorare direttamente con il bambino, per insegnargli strategie di autocontrollo; si può lavorare con i genitori per pianificare insieme a loro dei percorsi educativi adatti per bambini come Giulio; si può collaborare con gli insegnanti in modo che imparino a fare richieste appropriate al funzionamento cognitivo del bambino.

Giulio non ha bisogno di un programma speciale, non ha bisogno di una maestra di sostegno, ha bisogno di essere capito, ha bisogno che le richieste gli vengano fatte tenendo conto che lui non ha problemi intellettivi, non ha problemi di memoria. Giulio ha bisogno che gli venga insegnato ad organizzarsi, a pianificare le proprie azioni, a inibire le risposte impulsive, a trovare piacere nella scuola.

La disponibilità degli insegnanti a capire il problema di bambini come Giulio è l'ingrediente fondamentale per riuscire a migliorare la situazione in classe dei bambini iperattivi. Bisogna che gli insegnanti conoscano il problema dell'iperattività, prima di dire "le abbiamo provate tutte, ora non sappiamo più cosa fare", e così rifiutare bambini come Giulio, considerati irrecuperabili, degni solamente di essere puniti.

Per concludere, ritengo che sia fondamentale che gli insegnanti capiscano l'iperattività, perché il modo con cui essi oggi interagiscono con questi bambini ha un peso fondamentale nel modo in cui essi si inseriscono nella società domani.

LE MAMME GIRMI E I FALSI MITI SULL'IPERATTIVITÀ

Franco Gallucci
Neuropsichiatra Infantile
ASL n. 10, Firenze

Stelle contrarie

Quando il caos è totale, cioè non riguarda solo il comportamento del bambino, ma anche quello che frulla per la testa dei genitori, della nonna, dell'amica di famiglia appassionata di astrologia, che scopre che, essendo nato a Dicembre, Antonio è del Sagittario e quindi per la combinazione di Urano con Saturno, con quella benedetta Luna piazzata proprio dove non avrebbe dovuto essere ... sì ecco tutto è spiegato: Antonio è così perché ci si sono messe di traverso le stelle. Beh, almeno non è colpa sua.

Poi c'è anche l'erborista, dove si è fermata l'altro ieri la zia per il ginseng, che le ha detto di come i fiori di Handel siano meglio di quelli di Bach per rallentare i bambini precipitosi. Per non parlare di "Liberi e belli" trasmissione televisiva del pomeriggio, dove l'annunciatrice-soubrette-terapeuta-filosofo-psicologa (raccomandata di turno) ha esposto in modo inequivocabile come le difficoltà di Antonio siano tutte da attribuire agli alimenti con conservanti, per non parlare dei surgelati e, "dulcis in fundo", dei dolci pieni di zuccheri e sapori artificiali.

E se fosse tutta colpa della società di oggi? L'hanno detto anche da Costanzo. E i troppi cartoni animati? E l'invidia del pene? Oddio, quella nel caso di Antonio sembrerebbe entrarci poco, visto che ne ha uno. Ma nel caso di Serena, quella sua compagna di classe con la testa sempre fra le nuvole? Mah, forse sta solo sognando le "Spice Girls". E se fosse colpa delle "Spice Girls"?

Scherzi a parte, tutti i sospetti di cui sopra, e molti altri, sono stati ascoltati dal sottoscritto e da molti suoi colleghi, in diverse parti del mondo. Il tutto sarebbe anche simpatico, se non finisce con l'estenuare la famiglia del bambino, energicamente e finanziariamente, e abbassare la fiducia in una sospirata svolta.

La pecora nera

Ci si arriva a crederlo sul serio in alcuni casi, e il gioco diventa feroce. Fratelli professionisti fanno sfoggio dei loro diplomi, oggi, e delle loro BMW domani. Al pranzo per la comunione del cuginetto si inviteranno tutti, ma se la pecora nera vuole rimanere a pascolare in disparte, se cioè non vuole rinunciare alla sua lezione di karatè, può anche andarci al suo karatè, almeno non ci imbarizzerà a tavola con tutto quell'alzarsi, contorcersi sulla sedia, mangiare il dolce sotto il tavolo, parlare interrompendo chiunque. E se proprio vuole andare in giro coniato alla *ecce homo* lo faccia pure, ma non con noi. Poi ci sarebbe quel collegio dove lo si potrebbe mandare. E chi se ne frega se vuole imparare a suonare la batteria, a casa nostra, se si suona qualcosa, deve essere il piano. Ma perché è capitato proprio a noi? Se volesse si comporterebbe come tutti gli altri, ma lo fa apposta, è un terrorista che ha deciso di renderci la vita impossibile.

Caino e Abele

Più crescono e più si vede. Mario studia, Sergio si fa bocciare. Mario mette piatti e bicchieri a tavola, Sergio li rompe. Mario ascolta, l'altro neanche ci pensa. Mario aiuta la mamma, Sergio è aiutato dalla mamma, dal papà, e da 3 insegnanti che gli danno anche ripetizioni private, e tanto non basta. Passano i mesi, gli anni, e diventerà sempre più evidente: tutte le buone qualità sono andate a Mario, tutte quelle cattive sono andate a Sergio. Poi succede che certe famiglie cominciano a costruirsi in testa una specie di "genetica fai da te", secondo cui in famiglie sfortunate si verificano delle strane meiosi, dove i geni buoni del babbo vanno tutti in uno spermatozoo, e tutti i geni buoni della mamma vanno in un ovulo. Una volta nelle tube lo spermatozoo buono e l'ovulo buono (entrambi facilmente riconoscibili perché sono gli unici col cappellino bianco) si incontrano ed è fatta, nasce Mario. Felici del primo successo, i genitori ci riprovano, e che succede? Tutti i geni cattivi del babbo vanno a finire in un brutto spermatozoo, con il cappellino nero, e tutti i cattivi geni della mamma vanno a finire in un ovulo malefi-

co, anche lui con cappellino nero, che si incontreranno, si innamoreranno con un colpo di fulmine e faranno un bambino: Sergio.

Tutta colpa della mamma

E dopo l'era delle mamme frigorifero, in grado di partorire figli autistici (ma sono passate di moda) ecco le mamme frullatore. Come un Girmi impazzito schizzano dalla classe di aerobica per stendersi sulla poltrona del dentista; mentre dal walk-man ascoltano i "Led Zeppelin" fanno l'uncinetto e tengono il cellulare sul viva voce per ricordare a David di fare i compiti. Le mamme Girmi sono cattive perché fin dalla gravidanza hanno obbligato il nascituro a ritmi forsennati, una samba satanica che ha messo il pulsante della vita di David su *fast forward* anziché su *play* del loro walk-man. Troppo permissive, troppo esigenti, troppo soffocanti, troppo distaccate, troppo seduttive, troppo gelide. Le versioni sono tante, e non si sa quale sia quella vera, ma la realtà è una: è tutta colpa loro. Il principale pubblico ministero è lui, il papà che spende una media di mezz'ora a giorni alterni a capire chi è suo figlio, e che trova insopportabile quel casino non-stop quando è in casa. Poi ci sono i nonni, che l'ultima volta che hanno visto David da solo, lo hanno visto per un quarto d'ora perfettamente tranquillo; lui li ha anche baciati e abbracciati, dopo essersi fatto fuori una crostata. La patetica difesa della mamma suona come una conferma a tutti i capi d'accusa. Poi la mamma deve difendersi dalle accuse della suocera, ricordandole come David fosse stato difficile fin da piccolissimo, prima che qualsiasi misura educativa potesse essere proposta: nell'utero.

La croce della colpa

Più pesante di una patata bollente, e più rovente, la suddetta croce viene portata, o fatta portare, a turno. La prima candidata è la mamma (vedi sopra), ma la mamma dopo un po' si stufa e la scarica al papà. Il papà appena intravede un'ombra di disponibilità a riprendersi la colpa negli occhi di sua moglie, e gliela rilancia al volo. Del resto l'aveva detto anche quella psicologa, come si chiamava, Sandrino, Lorenzo è così perché fu la

mamma a essere così inflessibile quando gli insegnò a fare la popò sul vasino. La mamma di fronte a questa indiscutibile, evidente e inconfutabile verità, crolla, e si ripiglia la croce, mettendosela proprio dove fa più male...

È proprio vero, certa fanta-psicologia non è solo un'insalata di parole, ma un'insalata velenosa, soprattutto se passa dalla bocca sbagliata alle orecchie giuste. Attenzione, prima o poi la croce della colpa finirà sulle spalle del bambino.

È tutta colpa loro

Popolarissima ideologia, che vede negli insegnanti, nei fratelli, nei compagni di scuola, nell'allenatore, la radice del disagio del bambino. Questo porta ad una escalation di accuse, liti, risse e denunce senza fine. Gli esempi che ho avuto la fortuna-sfortuna di incontrare sono tanto numerosi quanto incredibili. Bisogna essere ciechi, per non vedere le difficoltà del bambino, e non c'è peggior cieco di chi non vuol vedere, ed essere pronti a travolgere quindi chiunque sia a portata di mano, per attribuire le cause ad un'altra persona. Una caccia alle streghe fatta di iperprotezionismo da una parte, e paranoia dall'altro. Il risultato è che l'aria diventa irrespirabile, nessuno ha più voglia di collaborare, e le vere risorse a disposizione giacciono inesplorate. Si può arrivare ad aspetti deliranti. Certo questo sistema serve per raggiungere uno scopo, la liberazione dalla croce (vedi sopra) e il risparmio della fatica per fare il fattibile. Il costo e le perdite sono molto alte, ma non a tutti va di calcolarle.

“Allora lo fa apposta”

Non è vero, non lo fa apposta, fa così perché gli viene così. “Ma non lo vedi quando guarda i cartoni, non si muove per un attimo. E poi come farebbe ad andare a cavallo così bene”.

“Visto che lo fa apposta, deve essere punito, da domani niente più cavallo e i cartoni vanno in cantina”. In questo modo, da domani Marcello non sarà solo un bambino iperattivo, ma un bambino iperattivo molto arrabbiato. Così arrabbiato che sarà incontentabile. “Ah sì? E allora via anche... anche..., già che gli togliamo. Non abbiamo più niente da togliergli. Allora lo pu-

niamo, e magari glielo diamo pure”. (Una volta capitò che un ragazzino tornò a casa con i segni sanguinolenti di qualcosa sulle spalle. Era stato legato da delle suore con una catena in un armadio. Non ho nessun motivo per dubitare dell'attendibilità dei genitori che me l'hanno detto).

Perseverare nel credere che sia la cattiva volontà del bambino a determinare tali problemi serve a ben poco, anzi è inutile. Porta ad una spirale di taglieggiamenti, che innanzitutto finiscono per essere inutili e che poi non insegnano quello che invece è la competenza che si vuole avere dal bambino. Tracciare una linea di demarcazione far inabilità da una parte e non dar retta dall'altra è la base su cui costruire un piano di gestione dell'iperattività, anziché una rappresaglia senza quartiere, e senza fine.

Lascialo crescere. Passerà

O.K. lasciamolo crescere, passerà. Non l'avevano detto alla festa del terzo compleanno, che trascorse con le candeline sul maglioncino nuovo del cuginetto, e il resto della festa fu trascorsa al Pronto Soccorso? Sì, fu quando Luca si lanciò per le scale con la bici nuova che gli avevano appena regalato. Ma poi l'avevano detto anche al terzo giorno della prima elementare, quando i genitori furono chiamati a scuola e trovarono la maestra in lacrime, che sospirava una pensione baby.

E l'avevano ripetuto alla comunione, quando si mise ad imitare Fantozzi davanti al parroco prima di prendere l'ostia. E poi l'hanno ripetuto agli esami di terza media, quando si presentò senza aver studiato nulla, ma proprio nulla; e se non fu bocciato, fu grazie ai certi che nonna Mariuccia accese a San Gennaro. Con le offerte che se ne ricavò quella volta, la chiesa ci fece l'organo nuovo. E adesso che sta per partire militare, e per giunta ha scelto i paracadutisti, a chi ci si raccomanda? Ci sarà un protettore dei paracadutisti? E quando andrà in pensione? Di quelli siamo certi non c'è alcun protettore, finora. Pardon, l'iperattività, stando agli ultimi studi, molto probabilmente è una caratteristica della persona: ci si può adattare, convivere bene, fame addirittura una grandissima risorsa, ma difficilmente scompare del tutto.

NOTIZIE DAI CONGRESSI DI VERONA E LONDRA

Lo scorso 16 ottobre si è tenuto a Verona, il consueto appuntamento nazionale degli operatori interessati ai problemi di apprendimento: il 9° Congresso Nazionale dell'AIRIPA (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento in Psicopatologia dell'Apprendimento) presieduta dal Prof. Cesare Cornoldi. Per chi non lo sapesse, se l'AIDAI-ONLUS esiste lo deve essenzialmente all'AIRIPA.

A Verona era presente, come relatore straniero invitato, il Professor Joseph Sergeant, direttore del Dipartimento di Psicologia Clinica dell'Università di Amsterdam e coordinatore di EUNETHYDIS (European Network for Hyperkinetic Disorder), un gruppo di ricercatori e clinici europei che si interessano di iperattività.

Sergeant, durante la sua relazione, ha esposto le differenze tra il funzionamento cognitivo di bambini con disturbi di lettura e quello di bambini disattenti/iperattivi. I primi presenterebbero soprattutto dei problemi di decodifica delle informazioni linguistiche (legate soprattutto all'incapacità di elaborare e mantenere le informazioni verbali nella memoria fonologica), i secondi presenterebbero dei problemi legati all'organizzazione delle proprie "risposte cognitive" e di organizzazione delle informazioni (che comunque vengono elaborate in modo efficace). Se individuiamo un ingresso e un'uscita delle informazioni nella nostra mente, i dislessici hanno più problemi per elaborare le informazioni in ingresso, gli iperattivi in uscita.

Nel pomeriggio del 16 novembre, Sergeant ha tenuto anche un seminario organizzato dall'AIDAI-ONLUS ad un gruppo di circa 15 clinici interessati al problema dell'iperattività. Durante questo incontro, Sergeant ha delineato le differenze nelle classificazioni diagnostiche del DSM-IV (Manuale psicodiagnostico degli psichiatri americani) e dell'ICD-10 (Manuale psicodiagnostico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità): in breve, per stabilire una diagnosi di disattenzione/iperattività, il primo richiede che i sintomi compaiono prima dei 7 anni, il secondo prima dei 6. Il DSM-IV prevede la diagnosi di 3 tipi di bambini con DDAI: solo disattenti, solo iperattivi, sia disattenti che iperattivi; mentre l'ICD-10 considera solo il bambino di-

sattento e iperattivo. Qual è la conseguenza di queste differenze? Secondo gli Americani i bambini disattenti/iperattivi sono quasi il 10% della popolazione infantile, secondo i clinici dell'OMS la percentuale non supera il 2%.

Un altro punto toccato da Sergeant durante il seminario è l'incidenza del problema della disattenzione/iperattività nelle scuole: se, tramite un questionario, si chiede agli insegnanti quanti sono i bambini disattenti/iperattivi, la percentuale supera il 20%. Se si usa lo stesso questionario anche con i genitori, i bambini considerati disattenti/iperattivi sia da insegnanti che da genitori allora la percentuale scende al 5%. Per essere considerato un vero disturbo di iperattività, il bambino deve manifestare i sintomi sia a casa che a scuola, altrimenti siamo di fronte ad una risposta di disagio del bambino il quale reagisce con irrequietezza e distrazione ad un ambiente poco favorevole.

Come intervenire per attenuare il problema del DDAI? In numerose nazioni industrializzate si usa soprattutto il farmaco Ritalin che fa aumentare le prestazioni attentive e calma l'irrequietezza del bambino. Sembrano utili anche gli incontri con i genitori, durante i quali si insegnano alcune tecniche di gestione comportamentale. A qualcosa servono anche gli incontri con il bambino, per fargli applicare modalità di autocontrollo cognitivo e comportamentale; l'unica precauzione da prendere quando si inizia un percorso terapeutico con il bambino è che questo duri almeno 18 mesi.

A Londra, il 15 novembre scorso si è tenuto il Simposio sul Disturbo da Disattenzione/Iperattività. Erano presenti famosi scienziati europei e americani, tra cui Sergeant e Taylor (organizzatori della conferenza). Si è discusso soprattutto di cause del disturbo (soprattutto genetiche) di funzionamento del cervello, di accettazione e comprensione del problema tra i clinici (molto scarsa anche in altre Paesi Europei) e di trattamenti (soprattutto farmacologici e psico-sociali con i genitori). Ci auspichiamo che tali incontri, a livello nazionale e internazionale diventino sempre più frequenti per dare la possibilità alle numerose persone interessate al problema della disattenzione/iperattività, clinici, ricercatori, insegnanti e genitori, di essere informati e formati.